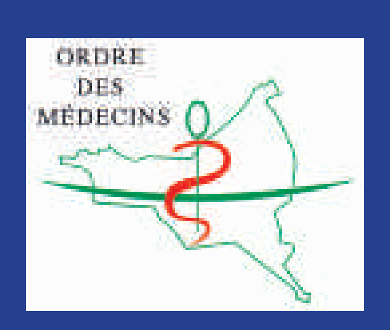




N°12

SOMMAIRE

34e année
OCTOBRE 2005

EXCEPTIONNEL
à PARIS - PORTE DE CHARENTON

Assurez-vous un revenu complémentaire
GARANTI
avec la résidence services SUITES HOME

(*Constructeur :* **EIFFAGE** - *Gestionnaire :* **Pierre & Vacances / Gestrim**)



- **Economie de la totalité de la TVA sur l'acquisition (19,60 % du prix H.T. ou 16,38 % du T.T.C.)**
  Achat direct au prix Hors TVA.
- **Loyers garantis à 100 % par bail de 11 années et 11 mois, fermes et reconductible.**
- **Entretien et gestion locative assurés.**
- **Revenus générés réactualisés et non fiscalisés sur un très long terme.**
  (Règlementation de la location meublée)
- **Priorité de location pour vous mêmes et vos enfants sur plus de 250 résidences, étudiantes et de tourisme d'affaires, réparties sur toute la France.**

Livraison 3ème trimestre 2007

Exemple pour l'acquisition d'un studio de 20 m²

Une opportunité exceptionnelle, sur un emplacement de 1er ordre, en toute sécurité...

Prix du studio* TTC + mobilier	142 463 €
Gain fiscal immédiat (économie de la TVA sur studio + mobilier)	**23 346 €**
Prix d'achat du studio + mobilier (au prix hors TVA)	**119 117 €**
Montant du prêt (durée 15 ans)	**119 117 €**
Apport	**0 €**
Mensualité (Ass. Décès comprise)**	856 €
Loyer mensuel net de départ HT garanti * **	435 €

Coût mensuel moyen sur les 10 premières années (environ) — **380 €**
(compte tenu d'une hypothèse de réactualisation annuelle des loyers de 2 %)

soit 2 493 F

FINANCEMENT POSSIBLE AVEC OU SANS APPORT

* Exemple d'un studio de 20 m² au 2ème étage, dans la limite des stocks disponibles et hors frais d'acquisition.
** Exemple d'un financement avec un prêt immobilier au taux indicatif de **3,15 % au 1er sept. 2005 – en taux révisable capé 2 points** – **Taux Euribor 12 mois** – Coût total du crédit pour un prêt de 119 117 € sur 15 ans (capital + accessoires) : 153 915 € - **TEG : 3,59 %** - sous réserve d'acceptation du dossier de prêt. L'emprunteur dispose d'un délai de réflexion de 10 jours pour accepter l'offre de prêt. La vente est subordonnée à l'obtention du prêt et si celui-ci n'est pas obtenu, le vendeur doit rembourser les sommes versées.
*** Hors incidence des taxes foncière et professionnelle et des charges non récupérables sur le locataire.

SARL au capital de 7 622,45 € DOCUMENT NON CONTRACTUEL **RCS : DIJON B 401 787 783**

CABINET CHODES – 44, rue Monge – 75005 PARIS – 01 43 26 49 90

✂ ....

Nous souhaitons **rencontrer le cabinet CHODES**, sans engagement de notre part :

Nom et prénom : ____________________

Adresse : ____________________

Tél. prof. : ____________________ **Tél. dom. :** ____________________

Conformément à la loi informatique et liberté n°78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant.



Unicité de la Médecine et Médecine multiple



Le President
Dr Edgard Fellous

La Médecine a pour objectif de soigner, soulager, anticiper, prévenir… toujours au service du patient. Mais, pour atteindre ces objectifs, les voies sont multiples et ce bulletin le montre bien.

Certains praticiens ont choisi l'exercice Libéral avec dans cette orientation, une multitude de variantes. Nous présentons dans ce bulletin les SEL (Société d'Exercice Libéral) nouvelle forme juridique d'exercice qui prend de l'essor, attrayante pour certains, mais qui n'est pas sans inconvénient. Notre Conseil Juridique en fait une exégèse.

D'autres confrères ont considéré que la mise en Réseau des moyens, des informations et des expériences améliore leur pratique et permet une action plus forte, plus efficace tant dans le domaine préventif que dans le soin (ce sont les expériences qui se mettent en place dans notre département avec le réseau REPOP 93 et Oncologie 93 lesquels s'ajoutent aux réseaux déjà existants en Seine Saint Denis).

Enfin d'autres actions médicales se conçoivent dans l'analyse et l'étude des moyens d'améliorer et de défendre les patients dans le cadre de la protection de la Personne Humaine. C'est aussi la mission du médecin et on ne peut que se féliciter de l'implication des professionnels de santé dans les commissions de défense contre les violences faites aux personnes (violences conjugales, violences à enfants…)

Ces actions d'aujourd'hui ne doivent pas nous faire oublier notre Histoire, et il n'est pas inutile que des confrères se penchent sur notre « Médecine d'Antan ».

Dans tous ces domaines, notre Conseil se veut être omniprésent, soutien actif ou conseil régulier. Cet éclectisme médical se reflète dans notre activité Ordinale pour accompagner le corps médical au service de la population.

C'est notre rôle et notre devoir.

Cette Médecine multiple est une richesse pour tous (Patients, Médecins, Institutions Départementales) et de plus traduit le dynamisme des praticiens de Seine Saint Denis.

Bien confraternellement.

Le Président,
Dr Edgard Fellous



BUREAU ET COMMISSIONS

COMPOSITION DU BUREAU

Présidents d'honneur

Docteur Émile QUINQUENEL
7, Allée de Longchamp - 92150 SURESNES

Docteur Patrick BOUET
25, Av. du Raincy - 93250 VILLEMOMBLE

Président

Docteur Edgard FELLOUS
22, Avenue Edouard Vaillant - 93000 BOBIGNY

Vice-Présidents

Docteur Gérard AOUSTIN
CMS, 2 rue de la République
93700 DRANCY

Docteur Daniel FAUCHER
19, rue de Grez
77690 MONTIGNY SUR LOING

Docteur Jean-Pierre SALA
135-137, Avenue Vauban
93190 LIVRY GARGAN

Docteur Georges SIAVELLIS
78, rue de Brément
93130 NOISY-LE-SEC

Secrétaire Général

Docteur Xavier MARLAND
201, Allée de Montfermeil
93390 CLICHY-SOUS-BOIS

Secrétaires Généraux Adjoints

Docteur Jean-Luc GAILLARD-REGNAULT
Hôpital Jean Verdier
Avenue du 14 Juillet - 93140 BONDY

Docteur Guislain RUELLAND
90, Bd Jean Jaurès - 93190 LIVRY-GARGAN

Trésorier

Docteur Gilbert LECLERCQ
Hôpital Avicenne - 125, rue de Stalingrad
93000 BOBIGNY

Trésorier Adjoint

Docteur Dominique LANDRIN-TIXIER
93, rue de Meaux
93410 VAUJOURS

COMPOSITION DU CONSEIL

Membres Titulaires

AOUSTIN Gérard,
BOUET Patrick,
FARCILLI Bernard,
FAUCHER Daniel,
FELLOUS Edgard,
FOURNIER Patrice,
GAILLARD-REGNAULT Jean-Luc,
GRINBERG Daniel,
HUA Georges,
LANDRIN-TIXIER Dominique,
LECLERCQ Gilbert,
MARLAND Xavier,
NATHANSON Mireille,
PIQUET Jacques,
REY Jean-Paul,
RUELLAND Guislain,
SALA Jean-Pierre,
SEBTON Alfred,
SIAVELLIS Georges,
SOHET Marie-Catherine,
VIALLE Christian.

Membres Suppléants

ALLIOT Jacques,
AMANE Fabienne,
BAUX Frédéric,
BLONDEL Dominique,
BOURGUIGNON Jacques,
CHAHED Hedi,
DAVID Jacques,
DOUKHAN Serge,
GASCH Pierre,
LARTIGUE Jean,
LE CLESIAU Hervé,
LENCZNER Jean-Bernard,
PALOMBO Jacques,
PATERON Dominique,
RAHME Tony,
ROZAN Marc-Alain,
SESTIE Pierre-Marie,
TRÂN Thi Mai,
VOLDMAN Claude,
WEILL Etienne.

COMMISSIONS

1 - COMMISSION CONTRATS - QUALIFICATIONS - REMPLACEMENTS

Président
Docteur Alfred SEBTON

2 - COMMISSION LITIGES ET PLAINTES

Président
Docteur Gérard AOUSTIN

3 - COMMISSION EXERCICE PROFESSIONNEL

Président
Docteur Patrice FOURNIER

4 - COMMISSION BULLETIN ET COMMUNICATION DU CONSEIL

Président
Docteur Jacques PIQUET

5 - COMMISSION TRÉSORERIE

Trésorier
Docteur Gilbert LECLERCQ

Trésorier adjoint

- DÉLÉGATION A L'ENTRAIDE
Docteur Dominique LANDRIN-TIXIER

- DÉLÉGATION RAPPORT AVEC L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE ET CARTES C.P.S.
Docteur Georges HUA

RESPONSABLE DELEGATION PROFESSIONNELS DE SANTE
Docteur Bernard FARCILLI

RESPONSABLE DELEGATION ETABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVES
Docteur Marc-Alain ROZAN

CONSEILLERS

CONSEILLER NATIONAL
Docteur Patrick BOUET
25, Av. du Raincy - 93250 VILLEMOMBLE

CONSEILLER NATIONAL pour l'Ile-de-France
Docteur Gérard LAGARDE
6, rue Carême Prenant - 95100 ARGENTEUIL

CONSEILLERS RÉGIONAUX

Président de la chambre B du Conseil Régional d'Ile de France

Docteur Dominique STÉRIN
Hôpital Avicenne
125, rue de Stalingrad
93009 BOBIGNY Cedex

Titulaire de la chambre A et membre de la section des assurances sociales

Docteur Pierre GASCH
26, Grande Rue Charles de Gaulle
94130 NOGENT-SUR-MARNE

Suppléant

Docteur Mireille CHAPELLE
31, rue Emeriau
75015 PARIS

ADMINISTRATION

SECRÉTAIRE DE DIRECTION
Mme TOULAT Annie

ACCUEIL, RÉCEPTION, BULLETIN
Mme COLLINET Martine

CONTRATS, LITIGES ET PLAINTES
Melle LAURENT Monique

TRÉSORERIE, FICHIER
Mme LAVERGNE Michèle

CONVENTIONS, RAPPORTS AVEC L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE, REMPLACEMENTS
Mme MEYRAN Patricia

Les bureaux sont ouverts
du lundi au vendredi de 9 h à 12 h et de 14 h à 17 h
2, rue Adèle 93250 Villemonble
Tél. : 01 45 28 08 64 - Fax : 01 48 94 35 50
E-mail : seine-st-denis@93.medecin.fr

Le conseil départemental de l'Ordre des médecins souhaite faire du bulletin départemental l'organe privilégié de communication avec les confrères inscrits dans notre département.

Toute proposition, toute forme d'échange seront étudiées avec la plus grande attention par la Commission du Bulletin

Sécurité des médecins

Lors d'une rencontre avec les représentants de la Direction Départementale de la Sécurité Publique, il nous a été fourni la liste réactualisée des fonctionnaires de police référents médecins de la Seine Saint Denis. Elle remplace la liste qui était incluse dans le livret de sécurité* qui vous avait été fourni il y a quelques années.

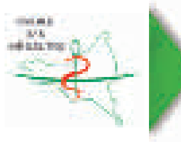
* exemplaires à votre disposition au siège du Conseil départemental de l'Ordre



LISTE DES RÉFÉRENTS MÉDECINS DE LA SEINE SAINT DENIS

Cette liste a été établie afin de permettre à chaque médecin qui en a besoin de s'adresser à un interlocuteur privilégié. La mission de ces fonctionnaires est de conseiller les confrères et, le cas échéant, de faciliter leur dépôt de plainte.

COMMUNES	GRADES	NOMS	PRENOMS	TELEPHONES
AUBERVILLIERS	Commandant de Police	GLEVER	Jean-Yves	01 48 11 17 64
AULNAY SOUS BOIS	Gardien de la Paix	CROMLIN	Frédéric	01 48 19 30 35
BAGNOLET	Gardien de la Paix	MERLIN	Dominique	01 41 63 26 40
BOBIGNY				
BONDY **LES PAVILLON SOUS BOIS**	Brigadier-Chef	MERZEREAU	Jean-Pierre	01 48 50 30 45
DRANCY	Capitaine de Police	GOUDINOUX	Gilles	01 41 60 81 66
EPINAY SUR SEINE **VILLETANEUSE**	Lieutenant	COUGNIOT	Fabien	01 49 40 17 74
GAGNY **MONTFERMEIL**	Capitaine de Police	AREND	Norbert	01 43 01 33 35
LA COURNEUVE **LE BOURGET** **DUGNY**	Brigadier-Major	REINA	Jean-Michel	01 43 11 77 81
LE BLANC MESNIL	Lieutenant	MARTIN	Olivier	01 48 14 29 38
LE RAINCY **CLICHY SOUS BOIS**	Capitaine de Police	THOMAS	Gilles	01 43 01 35 14
LES LILAS **ROMAINVILLE** **LE PRE SAINT GERVAIS**	Capitaine	GAUTHEUR	Jean-Jacques	01 41 83 67 41
LIVRY GARGAN **COUBRON** **VAUJOURS**	Capitaine de Police	SANTAIS	Thierry	01 41 70 18 54
MONTREUIL	Commandant de Police fonctionnel	TRAVAILLE	Jean-Paul	01 49 88 89 84
NEUILLY SUR MARNE **NEUILLY PLAISANCE**	Lieutenant Brigadier-Major	TASSIN BUSSINGER		01 56 49 10 46 01 56 49 10 37
NOISY LE GRAND **GOURNAY SUR MARNE**	Gardien de la Paix	MASSELLES	Frédérique	01 55 85 80 12
NOISY LE SEC	Capitaine de Police	FOULON	Frédéric	01 48 10 12 70
PANTIN	Capitaine de Police	RIVET	Nicole	01 41 83 45 29
ROSNY-SOUS- BOIS **VILLEMOMBLE**	Capitaine de Police	EUSTACHE	Christophe	01 48 12 28 30
SAINT DENIS	Commandant de Police fonctionnel	TRICOTEL	Gérard	01 49 71 80 51
SAINT OUEN	Lieutenant	GRANGER		01 41 66 27 18
SEVRAN	Lieutenant	COLIN	Gaël	01 41 52 16 70
STAINS **PIERREFITTE**	Commandant de Police	JAMES	Jean-Paul	01 49 71 33 70
VILLEPINTE **TREMBLAY EN FRANCE**	Commandant de Police	LEROY	Catherine	01 49 63 46 38



INFORMATIONS DIVERSES... • INFORMATIONS DIVERSES... • INFORMATIONS DIVERSES... • INFORMATIONS

COMMISSION DÉPARTEMENTALE D'ACTION CONTRE LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

Avec un partenariat multidisciplinaire, des groupes de travail se sont formés et ont permis de faire le point sur les structures et actions existantes et de faire avancer un peu les choses.
Voici un rapide bilan de la dernière réunion plénière du 22 juin 2005.

Le phénomène de violences faites aux femmes est malheureusement constamment d'actualité : les chiffres pour 2004 communiqués par la DDSP (Direction Départementale de la Sécurité Publique) sont très parlants :

• 1 femme sur 10 en Seine Saint Denis est victime de violences : 36 000 en 2004 dont 11 000 violences graves et très graves – 7 homicides de femmes (dont 4 en intra-familial, dont 3 par le conjoint)
• 12 tentatives d'homicide envers des femmes
• 3 892 violences volontaires dont 1 ayant entraîné la mort
• 5 676 procédures pour vols et violences sans arme sur la voie publique
• 13 634 infractions dont les femmes sont les victimes
• 12 000 interventions de la police dans le cas de violences intra-familiales
• 1 900 plaintes pour violences entre époux ou concubins (dont 488 concernant la garde des enfants)
• 168 procédures pour viol ou agression sexuelle sur femmes majeures
• 128 procédures pour viol ou agression sexuelle sur femmes mineures.

■ Il existe encore de grands décalages entre les violences déclarées et celles non déclarées, surtout en matière de viol.

■ De janvier à juin 2005, on dénombre déjà 4 homicides de femmes.

■ Dans les services d'accueil d'urgence, on constate que les violences augmentent par leur nombre et par leur stade de gravité.

Une campagne contre les violences faites aux femmes est en cours, avec des slogans modernes et forts qui s'adressent tout particulièrement aux hommes sous forme d'affiches, de cartes postales, et avec les numéros de téléphone des associations.

L'association SOS FEMMES du 93 a un rôle multiple :

• accueil de 10 h à 13 h, accès libre le matin sans rendez-vous,
• rendez-vous l'après midi,

SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL OU « BURNOUT SYNDROM »

D'après un audit mené en Bourgogne et en Champagne-Ardennes par les différentes URML, plus de 47 % des médecins présentent à différents niveaux un syndrome d'épuisement professionnel qui est un « syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués personnellement auprès d'autrui ».

Une étude du Dr Léopold, médecin du CNOM, en 2003 révèle un taux de décès par suicide de 14 % chez les médecins libéraux français, pouvant atteindre jusqu'à 22 % dans le Vaucluse.

Les conséquences de ce phénomène en terme de coûts ont été directement observées par la CARMF, c'est-à-dire que les arrêts de travail de plus de 3 mois pour les médecins ont fait un bond de 12 % en 2001 et de 6,5 % en 2002. De même, les causes psychiatriques arrivent en première place (40 %) des causes d'invalidité des médecins devant les causes cardiovasculaires (17 %) et les cancers (8 %).

Le médecin qui débute le burnout est seul et commence à boire des alcools durs, s'automédique (hypnotiques, anxiolytiques, antidépresseurs). Il faut briser ce cercle infernal avant le crash.

Les causes principales sont connues : charges administratives croissantes, horaires hebdomadaires de 58 heures, gardes la nuit, en semaine, le samedi, le dimanche, les départs en retraite non remplacés, le déficit des remplaçants, la montée en charge de la violence…

Devant ces faits, après l'état des lieux, l'action !

Et c'est dans ce but que l'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux AAPML (association loi 1901) est créée, grâce à des fonds FAQSV (Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville). L'AAPML met à disposition de nos confrères franciliens en difficulté une plate-forme téléphonique, accessible 24 heures/24, 7 jours/7 et animée exclusivement par une équipe de psychologues cliniciens. Cette prise en charge psychologique est réalisée selon des principes éthiques clairs : respect de la confidentialité, respect de l'anonymat, et respect de l'intégrité et des valeurs propres des appelants.

Actuellement en phase de rodage, ce dispositif sera ensuite étendu en France entière et deviendra pérenne.

Ce texte a été réalisé par l'Association d'Aide aux Médecins Libéraux (AAPML : Président Dr Régis Mouries), crée dans le but de mettre en place, en Ile-de-France, un dispositif opérationnel d'accompagnement et de soutien aux médecins libéraux en difficultés psychologiques, sous forme d'un service d'appel.

Le numéro de téléphone est le suivant : 0826 004 580

• permanence juridique une fois par semaine (le mercredi matin),
• permanence téléphonique de 14 h à 17 h.
Cette association rencontre des femmes victimes de violences à tout moment de leur parcours : soupçon sans être prête à aller au delà ; violence déjà confirmée, démarche de séparation ; mise à la porte : besoin d'une aide urgente pour construire la suite ; départ volontaire, besoin d'un accompagnement dans cette situation de violence. L'association explique les démarches, la permanence téléphonique permet aussi d'aborder les questions juridiques, explique les termes des avocats parfois compliqués ou douloureux à entendre, dirige vers le CIDF (Centre d'Information du Droit de la Famille).

L'association SOS VICTIMES prend en charge essentiellement des femmes victimes de violences, qui ont souvent déjà porté plainte. Il existe 15 permanences sur le département, une permanence téléphonique et une permanence au tribunal.

De plus en plus d'avocats du Barreau de Seine Saint Denis se sont impliqués dans l'aide aux femmes victimes de violence.
Une permanence téléphonique assurée par des **avocats du Barreau de la Seine Saint Denis** est assurée depuis le 3 juin 2005 **tous les vendredis de 10 h à 18 h au 01 48 96 20 95.**
Des affichettes peuvent être apposées dans les salles d'attente des cabinets médicaux.

De nouvelles dispositions juridiques permettent aussi d'agir dans l'urgence s'il y a notion de danger : « référé violence » loi du 29 mai 2004 : éviction du domicile du conjoint agresseur. La loi permet ainsi maintenant de laisser la femme chez elle au domicile conjugal en cas de violence conjugale, après dépôt de plainte et présentation d'un certificat des UMJ (Urgences Médico-Judiciaires). L'éviction du conjoint violent doit être organisée (contrôle judiciaire socio-éducatif). La loi a changé, le « divorce faute » n'existe plus (ou s'il veut être utilisé, il y a alors une exigence très importante pour la présentation des preuves). Le divorce peut être demandé pour « altération du lien conjugal », c'est à dire avec deux ans de séparation de fait.

La sensibilisation du corps médical est essentielle : aux UMJ de l'Hôpital Jean Verdier, il existe une convention pour améliorer la prise en charge des victimes, pour une meilleure organisation, notamment un accueil séparé (auteur-victime). Dans le cas d'une victime gravement traumatisée par la violence, ce n'est plus à la victime de se rapprocher d'une association mais c'est l'association qui est prévenue par le Parquet et qui se rapproche de la victime.
Le rôle du médecin dans les violences faites aux femmes est important : même dans les violences verbales, il est essentiel de noter dans le dossier médical de la patiente les éléments recueillis, de conseiller de photocopier le volet 1 de l'arrêt de travail (confidentiel, réservé au médecin conseil) avec par exemple la mention « syndrome dépressif » que la patiente pourra produire pour son dossier.
Le Dr LAZIMI et le Dr PIET proposent une formation pour les médecins sur les violences conjugales, avec pour principaux chapitres abordés : historique des violences envers les femmes, épidémiologie, tolérance sociale, histoires des violences conjugales, lois et cadre juridique, problèmes de santé publique. Les modalités de cette formation seront très prochainement établies.

La Délégation Départementale aux Droits des Femmes et à l'Egalité met gratuitement à disposition des documents et du matériel d'information (plaquettes d'information qui peuvent être placées dans les salles d'attente par exemple) (liste ci-jointe).

La DDSP (Direction Départementale de la Sécurité Publique) a communiqué également les éléments suivants :
• Mise en place dans chaque commissariat de chaque commune d'une boite aux lettres électronique destinée aux victimes et aux intervenants : exemple pour Pantin commissariat.pantin-aideauxvictimes@interieur.gouv.fr
• Création dans chaque commissariat d'un poste de « référent - aide aux victimes »
• Guichet unique : quel que soit le lieu d'habitation, toute plainte peut être déposée
• Dans le cas des violences intra-familiales :
- le certificat n'est pas un préalable obligatoire au dépôt de plainte
- la femme est protégée quel que soit son statut juridique (mariage, pacs…)
- si la victime ne veut pas déposer plainte, il existe un suivi systématique par les forces de police.

L'Education Nationale a diffusé dans les établissements scolaires la mise à jour de novembre 2004 de la brochure « VIOLENCES SEXUELLES : PRISE EN CHARGE ET PREVENTION EN MILIEU SCOLAIRE ».
Des actions de prévention et de formation des personnels sont en cours.

Enfin, il existe désormais un **Plan Global de Lutte Contre les Violences Faites aux Femmes.**
Rappelons les 10 Mesures pour L'Autonomie des Femmes :
1. accueillir, héberger, loger
2. proposer des aides financières
3. accompagner professionnellement
4. assurer la protection des victimes
5. repérer les situations de violence
6. renforcer le soutien financier aux associations et le partenariat entre les acteurs
7. accroître l'effort de communication envers le grand public et la sensibilisation des professionnels
8. mesurer le phénomène de la violence au sein du couple, évaluer son coût économique
9. prévenir les violences dès l'école
10. agir en Europe et dans le Monde

Docteur Marie-Catherine Sohet,
Conseiller Ordinal







INFORMATIONS DIVERSES... • INFORMATIONS DIVERSES... • INFORMATIONS DIVERSES... • INFORMATIONS



Le Réseau de Santé autour de l'Obésité REPOP Ile de France

(Réseau pour la prise en charge et la prévention de l'obésité en pédiatrie en Ile de France)

La prévalence de l'obésité infantile, en constante augmentation dans notre pays, fait penser qu'à côté de tout le travail de recherche et de compréhension du phénomène, une nécessaire réflexion sur l'organisation des soins s'impose. C'est dans cet esprit que le PNNS (Programme National Nutrition Santé) a, dans ses recommandations, proposé la structuration de réseau de santé sur ce thème, et ceci dans trois régions « pilotes » en France que sont Toulouse, Lyon et l'Ile de France. Devant un tel niveau de prévalence, l'idée est de mobiliser l'ensemble des acteurs de santé concernés par cette pathologie, tant sur le plan préventif et du dépistage, que sur celui de la prise en charge. L'outil qui devait être créé, devait l'être autour du patient et de sa famille, rapprochant au maximum les lieux de prise en charge de ceux-ci, et favorisant la prise en charge ambulatoire par la médecine de ville.

↗ Structuration d'un outil

Dans la région Ile de France, un noyau initial, composé de médecins communautaires, médecins de ville (pédiatres et généralistes) et médecins hospitaliers, centré au départ sur la Ville de Paris, a impulsé les bases d'une action de santé publique autour de la prévention, le dépistage et la prise en charge de ces patients

↗ Etat des lieux

Le réseau s'est organisé, dans un premier temps au niveau de Paris avec l'implication de trois centres hospitaliers experts : Hôpital Armand Trousseau, Hôpital Necker Enfants Malades, Hôpital Robert Debré.

↗ Extension

L'extension régionale du réseau dans les départements de la région Ile de France en dehors de la Ville de Paris est un des grands chantiers mis en place pour 2004-2005, suite à la structuration de l'activité du réseau en 2003-2004. Une réflexion est menée quant à la stratégie à adopter et les acteurs départementaux sont sollicités pour participer à cette dynamique. La commission Extension a œuvré à tisser des liens avec les interlocuteurs locaux intéressés par le développement du réseau dans leurs départements. C'est ainsi que plusieurs réunions, médicales et administratives, ont été organisées dans les départements 78, 92 et 93.

APPLICATION DANS LE DÉPARTEMENT DE LA SEINE SAINT DENIS :
création de REPOP 93 (Dr Alain Zaluski) :

Lancement de l'action, 1re réunion d'information REPOP 93 : 17 juin 2004, contact des divers partenaires.

Plusieurs réunions de formation prévues dans les mois à venir avec les diverses associations de médecins libéraux du 93.

Constitution du comité de pilotage REPOP 93 en octobre 2004, composé de :

- Deux représentants des médecins libéraux
- Un représentant du Conseil départemental de l'Ordre des médecins
- Une représentante de la Médecine Scolaire
- Une représentante de la PMI
- Une représentante des Centres hospitaliers
- Un représentant des Centres municipaux de santé
- Une représentante de la DDASS

Le REPOP se met activement en place au niveau de notre département. Le comité de pilotage se réunit à la Domus Medica qui lui apporte un soutien et facilite les contacts avec tous les intervenants de la petite enfance à l'adolescence.
La Seine Saint Denis présente d'importants problèmes socio-économiques qui ne font que rendre l'engagement des différents acteurs plus dynamique et profond. Du fait du lien important entre précarité et obésité, le département présente en effet une prévalence importante (CF l'enquête de l'Education Nationale ci jointe).
L'existence du REPOP 93 doit permettre aux enfants du département, porteurs d'une surcharge pondérale, de bénéficier rapidement d'une prise en charge adaptée à la pathologie et d'un suivi multidisciplinaire. L'objectif est également d'éviter les nouveaux cas, au moyen de la prévention.

Focus sur la médecine scolaire dans le département de Seine Saint-denis

Prévalence de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent en Seine Saint-Denis

Enquête en milieu scolaire réalisée par les médecins de l'éducation nationale, coordonnée par les Dr C. Ginioux, J. Grousset, S. Mestari, et F. Ruiz.

En France, l'augmentation de la prévalence de l'obésité chez l'enfant constitue une véritable « épidémie ». Les médecins de l'éducation nationale de Seine Saint-Denis, au cours de l'année scolaire 2003-2004 ont réalisé une enquête de prévalence de l'obésité chez les enfants de grande section de maternelle et de troisième, associée à une sensibilisation individuelle pour une prise en charge des élèves dépistés. Les résultats montrent **une prévalence de l'obésité de 13,9 % à 6 ans et de 14,3 % à 15 ans,** valeurs supérieures aux données nationales. Nous retrouvons par ailleurs un pourcentage de 5,15 % d'enfants en insuffisance pondérale à 6 ans.

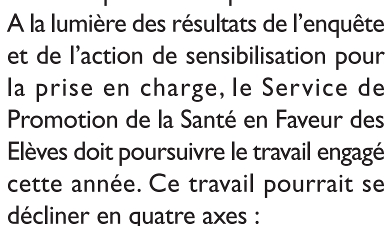
Dans notre étude, les enfants dont l'index de masse corporelle (IMC) est supérieur ou égal au 97e percentile sont considérés en obésité (degré 1 et 2). Les questionnaires exploitables sont au nombre de 1339 en maternelle pour 20 769 enfants scolarisés et de 822 en collège pour 16 228 jeunes de troisième.

Quelques résultats :

Les élèves de grande section de maternelle (GSM) : Les enfants déjeunent pour **65 % d'entre eux à la cantine** (ZEP : 59,7 % ; non-ZEP : 68,3 %). Les statuts pondéraux des enfants de GSM nous montrent que **13,9 % des enfants sont obèses.** Il y a une **tendance à l'obésité plus nette chez les filles que chez les garçons en ZEP.**
La mauvaise répartition journalière des repas, c'est-à-dire un ou deux repas quotidiens et le grignotage ont un lien avec l'obésité de façon plus nette chez les filles.
L'insuffisance pondérale correspond aux enfants ayant un IMC inférieur au 3e percentile, soit **5,15 %.** Pour les garçons, **la non fréquentation de la cantine est un facteur de risque de l'insuffisance pondérale** (8,6 % versus 4,2 %, p = 0,01).

Les élèves de troisième : Ils déjeunent pour **27,4 % d'entre eux à la cantine.** Le temps moyen par semaine d'activité physique est de 5 h. Ces jeunes sont inscrits à un club sportif pour 45,6 % d'entre eux, avec une prépondérance de garçons (55,9 % d'entre eux vs 35,7 % chez les filles). **La moyenne de sédentarité est de 16 heures par semaine.** Les statuts pondéraux des jeunes de troisième nous montrent que **14,3 % sont obèses.** Il n'y a pas de différence significative entre les sexes pour les statuts pondéraux.

Pour l'obésité, il y a 15,1 % de filles pour 13,5 % de garçons (en moyenne 14,3 %). **On retrouve davantage d'obèse chez les redoublants** (16 ans et plus) soit 20,4 % versus 13 %.
La mauvaise répartition journalière des repas chez les jeunes est un facteur de risque d'obésité, de façon significative ($p < 0,05$).
La prédictibilité pour l'obésité à 6 ans, des jeunes de 3e est de 75 %.
L'insuffisance pondérale concerne **2,1 %** des jeunes.
Le grignotage a un effet sur la prise de poids par l'augmentation de la prise énergétique totale qui y est associée.



CONCLUSION

Les facteurs responsables de la prévalence élevée de l'obésité en Seine Saint-Denis ne peuvent pas être aisément identifiés. Cependant, les caractéristiques de ce département, tant dans le domaine socio-économique que dans sa dimension d'accueil des populations sont une première explication.
A la lumière des résultats de l'enquête et de l'action de sensibilisation pour la prise en charge, le Service de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves doit poursuivre le travail engagé cette année. Ce travail pourrait se décliner en quatre axes :

1. La poursuite du repérage et de la prise en charge individuelle du surpoids au cours de tous les bilans de santé médicaux ou infirmiers durant la scolarité.
2. Le développement des partenariats dans la prise en charge de l'obésité et l'éducation pour la santé ; participation au réseau REPOP, implication des services du Conseil général (PMI, Services sociaux) et de la Caisse Primaire d'assurance maladie.
3. Une réflexion sur les pratiques alimentaires à l'école avec les équipes pédagogiques, les collectivités territoriales et les familles ; notamment sur les collations et la restauration scolaire en application de la circulaire de l'éducation nationale et des recommandations de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments.
4. La mise en place d'un dépistage actif des enfants et adolescents en insuffisance pondérale et la poursuite du travail épidémiologique engagées.





LES SOCIÉTÉS D'EXERCICE LIBÉRAL MODE D'EMPLOI

Les Sociétés d'Exercice Libéral sont des structures qui ont été instituées par la loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 qui permet à toutes les professions libérales d'exercer leur profession sous la forme d'une société commerciale, il en existe 4 :

- les SELAFA (Société d'Exercice Libéral à Forme Anonyme)
- les SELARL (Société d'Exercice Libéral à Responsabilité Limitée)
- les SELCA (Société d'Exercice Libéral de Commandite par Actions)
- les SELAS (Société d'Exercice Libéral par Action Simplifiée)

Après un certain tâtonnement, les structures se multiplient et on constate que ce sont les SELARL qui constituent le plus grand nombre.

Les textes qui régissent ces sociétés sont d'une part le droit commun des sociétés commerciales (loi n° 66537 du 24 juillet 1966), la loi précitée du 31 décembre 1990 qui contient les règles de base de cette société d'exercice libéral et plus particulièrement pour les médecins le décret n °94-680 du 3 Août 1994.

Les membres des sociétés d'exercice libéral de médecins exercent donc la médecine au sein d'une société de capitaux. Le législateur a voulu définir de manière stricte les conditions de constitution d'une telle société afin de préserver les règles fondamentales liées à la Déontologie des professions libérales et en ce qui concerne le décret du 3 Août 1994, les règles d'indépendance de la profession médicale.

↗ COMMENT CONSTITUER UNE SEL (1) ?

Les dispositions mentionnées ci-dessus nous fournissent la réponse aux questions fondamentales qui doivent être posées lorsqu'une société est constituée :

1. L'objet social :
C'est l'exercice d'une profession médicale (2).

2. La dénomination sociale :
La dénomination doit obligatoirement rappeler la forme de SEL choisie.

Le nom de cette SEL peut être composée des identités des membres qui la composent mais la liberté est la règle et les associés peuvent choisir un nom de fantaisie. Aussi la SEL peut s'identifier en faisant référence à un lieu géographique tel que par exemple le nom de la rue, le nom de l'immeuble où est situé le siège social de la SEL.

Par contre, afin de respecter les règles déontologiques qui interdisent toute forme de publicité, la jurisprudence a condamné toute dénomination qui pourrait entraîner une confusion dans l'esprit des patients, laissant croire par exemple que la SEL est la seule dans la commune à exercer cette spécialité.

Il faut garder présents à l'esprit les principes de dignité de la profession, et de prohibition de toute publicité.

Enfin la dénomination doit également comprendre l'énonciation du capital social et le numéro d'inscription de la SEL au Tableau du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.

3. L'exercice de la médecine :
De manière générale il est constaté que la grande majorité des membres de SEL exercent la médecine au sein de cette structure mais l'article 3 du décret du 3 Août 1994 permet à un médecin d'exercer parallèlement la médecine à titre individuel, mais dans un cas exceptionnel où « l'exercice de la profession est lié à des techniques médicales nécessitant un regroupement ou un travail en équipe ou à l'acquisition d'équipement de matériel soumis à autorisation et qui justifie des utilisations multiples ».

4. Le capital social :
Le capital social d'une SELARL doit être au minimum de 7 642,25 €.

La loi du 31 décembre 1990 fixe des règles extrêmement strictes sur la répartition du capital social afin d'éviter que des capitaux extérieurs ne prennent le contrôle de cette structure afin de préserver le principe de l'indépendance.

C'est ainsi que par le jeu cumulé de l'article 5 de la Loi du 31.12.1990 et des articles 12 et 13 du décret du 3 août 1994, le capital social d'une SELARL de médecins se décompose de la manière suivante :

- Plus de 50 % détenu par des médecins qui exercent au sein de la société ;
- Parmi les 49 % maximum du reste du capital, 25 % au plus pourra être détenu par un tiers à l'exclusion formelle de toute personne physique ou morale exerçant sous quelque forme que ce soit :

- une autre profession médicale ou paramédicale,
- la profession de pharmacien d'officine ou de vétérinaire, de directeur ou directeur adjoint de laboratoire d'analyses de biologie médicale,
- l'activité de fournisseur, distributeur ou fabricant de matériel ayant un lien avec la profession médicale et de produits pharmaceutiques, ou de prestations de services dans le secteur de la médecine.

Ces 49 % au maximum doivent être détenus par des personnes dont la liste exhaustive est fournie par la loi du 31.12.1990 :

- des médecins exerçant à l'extérieur de la société,
- d'anciens médecins associés de la SEL aujourd'hui en retraite (cette possibilité n'existe que pendant dix ans),
- les ayants droit de personnes physiques des personnes mentionnées ci-dessus (dans les cinq ans après leur décès),
- une société de salariés constitués en vue du rachat de la SEL.

L'ensemble de ces règles particulièrement strictes entend ainsi protéger le principe de l'indépendance de la profession médicale et éviter toute ingérence de lobbies dans le fonctionnement de ces sociétés de capitaux.

5. Le siège social :
Le siège social de la SEL est déterminé par les associés dans les statuts.

Il correspond dans la majorité des cas au lieu d'exercice de la SEL mais il peut être différent.

Il est néanmoins nécessaire que ce siège social soit situé dans le même département que le lieu d'exercice de la société puisque la SEL sera inscrite au Conseil Départemental de l'Ordre des Méde-

cins dont dépend le siège social et le Conseil de l'Ordre doit assurer le contrôle des médecins qui exercent sur son département.

Le principe de l'unicité du lieu d'exercice est affirmé par le décret du 3 Août 1994 (article 14).

Mais une exception est prévue dans cet article puisque la SEL peut exercer dans 5 lieux au maximum à condition que se trouvent réunis deux critères :
- d'une part elle doit utiliser des équipements implantés en des lieux différents ou mettant en œuvre des techniques spécifiques.
- d'autre part l'intérêt des malades doit justifier l'implantation de sites complémentaires.

En Ile de France, le nombre des sites ne peut dépasser cinq.

Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins exerce un contrôle très strict sur les conditions d'implantation de ces sites complémentaires puisque ces dispositions ne doivent pas servir à contourner la réglementation des cabinets secondaires éditée par le Code de Déontologie.

Et lorsqu'une société d'exercice libéral souhaite exercer en plusieurs lieux que ce soit sous forme d'un cabinet de consultation ou d'une extension d'un plateau technique, il est nécessaire de prévoir l'existence de ces sites complémentaires dans les statuts.

Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins dont dépend le lieu où est implanté ce site doit examiner si les conditions requises par l'article 14 sont bien réunies en l'espèce. Lorsqu'une SEL souhaite implanter un site complémentaire, elle devra fournir toutes les pièces justificatives permettant au Conseil de contrôler si les conditions de l'article 14 sont bien réunies.

Il est essentiel d'attirer l'attention du lecteur **sur la rigueur des exigences prévues par les textes** et ainsi une SEL ne se verra pas obligatoirement accorder un site complémentaire constitué par le cabinet d'un de ses associés même si ce site était auparavant le lieu d'exercice individuel dudit médecin. La plus extrême vigilance s'impose donc.

6. Responsabilité des associés :
Afin de protéger son patrimoine personnel, le médecin peut en faisant apport de son cabinet à une SEL distinguer ainsi son patrimoine personnel de son activité économique.

Lorsque la responsabilité du médecin sera mise en jeu, la société sera déclarée solidairement responsable avec celui-ci, que ce soit sur le plan civil ou sur le plan pénal.

7. Rémunération des médecins :
Sur le plan du principe un médecin peut être salarié d'une SEL, mais ce système de salariat engendre des difficultés pratiques d'application en ce qui concerne la future retraite des praticiens puisque les tribunaux considèrent que pour être assujetti à la CARMF, il faut exercer une profession libérale au sein de la société.

Aussi, dans ces conditions, la quasi totalité des SEL est composée d'associés qui conservent leurs statuts de médecins libéraux.

La société d'exercice libéral encaisse les honoraires des associés qui la composent.

Ces sommes sont réparties entre les associés selon les règles prévues par les statuts. Il convient d'être particulièrement attentif dans la rédaction de cette répartition afin d'éviter d'éventuelles frictions entre associés dans le fonctionnement de la société.

Lorsque les statuts seront rédigés, ceux-ci devront être déposés au registre du commerce en vue de l'immatriculation de la société et les médecins devront demander au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins dont dépend le siège social d'inscrire la SEL au Tableau de l'Ordre. C'est cette inscription au Tableau qui va donner vie à la société.

Le décret du 3 Août 1994 prévoit **un contrôle du Conseil Départemental** non seulement sur **la conformité des statuts avec le Code de Déontologie mais avec les dispositions législatives et réglementaires en vigueur.**

C'est donc un contrôle très complet qui incombe au Conseil Départemental qui devra également examiner les contrats, avenants, règlement intérieur permettant à la société de fonctionner.

On constate depuis les dernières années une augmentation croissante des SEL, la courbe des inscriptions dans les Conseils Départementaux est exponentielle (180 SEL inscrites sur l'ensemble des départementaux en 2002, 663 en 2004), ces sociétés d'exercice libéral se répartissent essentiellement en trois régions : l'Ile de France, la région Rhône Alpes et PACA.

Par contre si le législateur avait créé ces sociétés d'exercice libéral en songeant en priorité aux spécialités nécessitant de lourds investissements et qui ne pouvaient se développer sans l'apport de capitaux extérieurs, on s'aperçoit que cette forme d'exercice est adoptée en nombre important par des médecins individuels qui créent des sociétés unipersonnelles.





QUELS SONT LES AVANTAGES ET LES INCONVÉNIENTS DE LA SOCIÉTÉ D'EXERCICE LIBÉRAL ?

Comme indiqué ci-dessus, certaines spécialités comme les cardiologues ou radiologues par exemple peuvent avoir un intérêt financier certain à se regrouper sous forme de société d'exercice libéral et pouvoir ainsi donner une dynamique à leur structure d'exercice par l'apport de capitaux extérieurs, offrant ainsi une sécurité financière plus grande et permettant d'obtenir des crédits de manière plus aisée pour l'acquisition de matériel de pointe.

Qu'en est-il pour un médecin individuel ?

Beaucoup d'exemples de SEL unipersonnelles sont constituées par des médecins qui apportent leur clientèle à la SEL qui va souscrire un emprunt pour financer cette acquisition.

Ainsi alors que les cessions de cabinet se révèlent de plus en plus aléatoires en raison de la chute de la démographie médicale, un médecin en exercice pourra tout en continuant à exercer sa profession au sein de cette nouvelle structure percevoir avant d'avoir atteint l'âge de la retraite la contrepartie financière de son cabinet.

Mais il convient d'être particulièrement circonspect afin d'éviter qu'un montage juridique et fiscal séduisant ne se révèle en définitif être un piège.

Cet avantage fiscal est d'autant plus intéressant si la création de la SEL s'effectue avant le 31 décembre 2005, conformément aux dispositions de la loi n° 200.804 du 9 août 2004 (art. 13 et 14) qui prévoit l'exonération des plus values de cession si celle-ci intervient avant le 31.12.2005, si la valeur du fonds libéral n'excède pas 300 000 € et si la SEL prend l'engagement de maintenir son activité pendant au moins cinq ans.

Mais il ne faut pas oublier que la SEL n'est pas un gadget.

La gestion d'un cabinet médical sous forme de SEL engendre des contingences juridiques, comptables et fiscales.

Il est essentiel de s'entourer de conseils de praticiens du droit compétents avant de constituer une société d'exercice libéral. Si cette création n'est pas le reflet d'un véritable besoin du ou des médecins pour un exercice adapté à son cas, la solution proposée risque d'être décevante voire illusoire.

Maître Sylvie WARET

(1) Nous traiterons exclusivement de la SELARL qui est le mode de SEL le plus fréquemment adopté.

(2) Initialement le décret du 3 Août 1994 prévoyait l'exercice en commun d'une profession libérale.
Compte tenu de la contrariété entre ce décret et les termes généraux de la loi du 31 décembre 1990, le législateur décida par la loi 99-515 du 23.6.1999 d'autoriser dans son article 31 la création de SEL à associé unique.

Nous rappelons que le site : www.conseil-national.medecin.fr, Espace médecin, section Exercice de la médecine, Rubrique «l'exercice au quotidien » sous rubrique contrats, vous donnera tous les textes concernant la procédure d'inscription d'une SEL ainsi que les textes de loi.

RESEAU ONCOLOGIE93



Selon les recommandations de l'ARH d'Ile de France et les objectifs du Plan Cancer, le réseau Oncologie 93 a été créé au printemps 2004.
Il a pour objectif la prise en charge pluridisciplinaire globale et continue des malades du cancer de la Seine-Saint-Denis. Il vise à promouvoir une activité coordonnée de l'oncologie au sein de ce département et regroupe actuellement 20 établissements de soins privés et publics.
La mise en place d'Oncologie 93 a contribué à :
- harmoniser les **R**éunions de **C**oncertation **P**luridisciplinaire pour chaque spécialité
- valider des Référentiels de bonnes pratiques cliniques communes
- développer une prise en charge globale et de proximité du patient tout au long de son parcours thérapeutique.
Il a maintenant pour mission de faciliter la **communication** entre les médecins hospitaliers et les médecins généralistes afin d'améliorer la continuité des soins «hôpital-ville-domicile» et de favoriser le maintien à domicile

Pour tout renseignement complémentaire et/ou adhésion, n'hésitez pas à contacter la cellule de coordination d'Oncologie93 :
2 rue de Lorraine, 93000 BOBIGNY
Tel : 01 41 50 50 10
E-mail : coordination@oncologie93.com
Site : http://www.oncologie93.com

La Direction départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de la Seine Saint-Denis nous communique...

LE PLAN NATIONAL D'ÉLIMINATION DE LA ROUGEOLE

Ce plan a fait l'objet d'une circulaire N°DGS/SD5C/2005/303 du 4 juillet 2005 relative à la transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire en cas de rougeole et à la mise en œuvre de mesures préventives autour d'un cas ou de cas groupés. En voici les éléments essentiels.

POSITION DU PROBLÈME

En 1998, les pays membres de la Région Européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) se sont engagés dans une politique d'élimination de la rougeole qui doit aboutir d'ici 2010. L'élimination de la maladie dans une zone géographique donnée, correspond à une situation où la transmission endémique du virus dans la population a été interrompue et où la transmission secondaire à un cas importé est limitée et cesse d'elle même.

Dans la perspective de son élimination, la rougeole est redevenue, en 2005, une maladie à déclaration (signalement et notification) obligatoire (décret n° 2005-162 du 17 février 2005 modifiant la liste des maladies faisant l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire et arrêté du 24 juin 2005 relatif à la notification des cas de rougeole) et la confirmation biologique des cas cliniques est maintenant un élément essentiel de la surveillance.

Les mesures de prévention et principalement la mise à jour de la vaccination contre la rougeole dans l'entourage des cas, visent à limiter la propagation de la maladie et à prévenir la résurgence ultérieure du virus dans la communauté. Ceci impose une mobilisation de tous les acteurs : des cliniciens et des biologistes, des DDASS (médecins inspecteurs de santé publique (MISP) et infirmières), des médecins et infirmières de l'Education nationale, des médecins de crèche, de protection maternelle et infantile…

RAPPEL DU CALENDRIER VACCINAL EN 2005

Le calendrier vaccinal a été modifié en 2005 pour tenir compte des données épidémiologiques dans l'objectif d'élimination de la rougeole.

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

ÂGE DE LA VACCINATION	VACCIN
A 12 mois	1re dose du vaccin trivalent
Entre 13 et 24 mois	2e dose du vaccin trivalent (respecter un intervalle d'au moins 1 mois entre les 2 doses)
Enfants de plus de 24 mois, nés en 1992 et après (âgés de 24 mois à 13 ans en 2005)	1re et 2e dose du vaccin trivalent. Deux doses de vaccin trivalent pour les enfants n'en ayant pas déjà bénéficié (respecter un intervalle d'au moins 1 mois entre les 2 doses)
Personnes nées entre 1980 et 1991 (âgées de 14 à 25 ans en 2005)	Au moins une dose du vaccin trivalent pour ceux qui n'ont pas été vaccinés contre la rougeole auparavant.

VACCINATION DES GROUPES À RISQUE

GROUPE À RISQUE	VACCIN
Nourrissons entrant en collectivité avant 12 mois	1re dose du vaccin trivalent dès 9 mois. Une 2e dose de vaccin trivalent doit être administrée entre 12 et 15 mois et suffit.
Voyageurs nés avant 1980 (âgés de plus de 25 ans en 2005), non vaccinés et sans antécédents de rougeole	Une dose de vaccin trivalent. Le risque doit être évalué par le médecin vaccinateur en fonction de la durée, des conditions du voyage et du niveau d'endémicité de la rougeole dans le pays.
Professionnels de santé nés avant 1980 (âgés de plus de 25 ans en 2005), non vaccinés, sans antécédents de rougeole ou dont l'histoire est douteuse et dont la sérologie est négative parmi les suivants : professions de santé en formation, à l'embauche ou en poste, en priorité dans les services accueillant des sujets à risque de rougeole grave	Une dose de vaccin trivalent.

- La vaccination antirougeoleuse est déconseillée pendant la grossesse, cependant, une vaccination réalisée accidentellement chez une femme enceinte ne doit pas conduire à un avis d'interruption médicale de grossesse.
- L'autorisation de mise sur le marché des vaccins contenant une valence contre la rougeole a été modifiée en 2005.



SIGNALEMENT ET NOTIFICATION D'UN CAS DE ROUGEOLE

DÉFINITIONS

• Cas clinique

Association d'une fièvre = 38,5°C, d'une éruption maculo-papuleuse et d'au moins un des signes suivants : conjonctivite, coryza, toux, signe de Koplik.

• Cas confirmé biologiquement

Un cas confirmé biologiquement ne répond pas obligatoirement à la définition d'un cas clinique.

- Détection (en l'absence de vaccination dans les deux mois précédent le prélèvement) sérologique ou salivaire d'IgM spécifiques de la rougeole,
- Séroconversion ou élévation (en l'absence de vaccination dans les deux mois précédent le prélèvement) de quatre fois au moins du titre des IgG sériques entre la phase aiguë et la phase de convalescence,
- Détection du virus par PCR sur prélèvement (s) sanguin, rhino-pharyngé, salivaire ou urinaire,
- Culture positive sur prélèvement(s) sanguin, rhino-pharyngé, salivaire ou urinaire.

• Cas confirmé épidémiologiquement

Cas qui répond à la définition d'un cas clinique et qui a été en contact dans les 7 à 18 jours avant le début de l'éruption avec un cas de rougeole confirmé.

CONFIRMATION BIOLOGIQUE DES CAS

Compte tenu des données épidémiologiques, la confirmation biologique des cas cliniques est maintenant un élément essentiel de la surveillance.

• A l'hôpital

La sérologie sur un prélèvement sanguin est la méthode de référence et la technique diagnostique la plus appropriée à l'hôpital.

• En dehors de l'hôpital

La sérologie (préférentiellement la détection d'IgM) sur un prélèvement sanguin reste la méthode de confirmation biologique de référence. La recherche d'IgM sur prélèvement salivaire, gratuite pour le patient, est une technique diagnostique alternative.

Devant un cas, il est recommandé au médecin libéral de prescrire à ce malade une sérologie sur prélèvement sanguin.

Le médecin pourra également, à l'occasion du signalement de ce cas, demander des kits de prélèvement salivaire à la DDASS (par téléphone, télécopie ou par l'intermédiaire de la fiche de notification obligatoire) afin de permettre la confirmation biologique d'éventuels cas ultérieurs.

Pour cette recherche d'IgM salivaires, l'InVS enverra aux DDASS des kits de prélèvement salivaire, contenant le matériel nécessaire au prélèvement, une fiche de renseignements, l'emballage et l'enveloppe affranchie pour l'envoi au Centre National de Référence de la rougeole, afin que celles-ci puissent les relayer vers les médecins qui en feront la demande.

SIGNALEMENT ET NOTIFICATION

La rougeole étant une maladie à potentiel épidémique qui nécessite, localement, une intervention urgente (notamment des mesures vaccinales) en situation de cas groupés ou lors de la localisation d'une chaîne de transmission, une double procédure signalement/ notification est mise en place.

• Le signalement (article R. 3113-4 code de la Santé publique)

Les cliniciens et les biologistes qui diagnostiquent un cas de rougeole (cas clinique ou cas confirmé) doivent le signaler sans délai et par tout moyen approprié (téléphone, télécopie) au MISP de la DDASS de leur lieu d'exercice.

Le signalement permet à la DDASS de réaliser une enquête afin de rechercher d'autres cas et de prendre les mesures préventives appropriées.

Ce signalement peut s'effectuer avec la fiche de notification obligatoire. Cette fiche est alors faxée à la DDASS même si tous les items ne peuvent pas être renseignés. Le MISP rappellera ensuite le déclarant afin de compléter la fiche, notamment en ce qui concerne les résultats des examens biologiques.

• La notification (articles R. 3113-1 à 3 du code de la Santé publique et circulaire DGS/SD5C/SD6A n° 2003/60 du 10/02/03)

Le signalement est suivi par l'envoi d'une fiche spécifique de notification obligatoire à moins que cette fiche n'ait déjà été adressée à la DDASS au moment du signalement, comme cela est proposé au paragraphe précédent.

La DDASS transmet les fiches validées à l'InVS.

CONDUITE À TENIR AUTOUR D'UN CAS

DÉFINITION DES SUJETS CONTACTS

Parmi les personnes ayant côtoyé le malade pendant la période infectieuse, c'est-à-dire depuis la veille de l'apparition de la fièvre jusqu'à 5 jours après le début de l'éruption, sont pris en compte :

• Les contacts proches

- entourage familial (personnes de la famille vivant sous le même toit)
- pour les enfants gardés par une assistante maternelle, les enfants et adultes exposés au domicile de garde de l'enfant

• Les contacts en collectivité

Toute personne, enfant ou adulte, ayant partagé la même collectivité, notamment :

- crèche et halte garderie : enfants et adultes de la même section
- école, collège, lycée, internat, lieu de travail… : personnes ayant fréquenté de manière concomitante les mêmes locaux que le malade (classe, cantine, dortoir, bureau…).

MESURES À PRENDRE POUR LE MALADE

C'est le médecin en charge du malade qui prend les mesures suivantes :

• Signalement, notification du cas et confirmation biologique

• Identification de la source de contamination

Recherche par l'interrogatoire si le malade a côtoyé un cas de rougeole dans les 7 à 18 jours avant le début de l'éruption (notion d'un contage).

• Eviction de la collectivité du malade

- Elle est recommandée pendant toute la période de contagiosité, à savoir jusqu'à 5 jours après le début de l'éruption (voir notamment le guide des conduites à tenir en cas de maladies transmissibles dans une collectivité d'enfants du CSHPF du 14/03/03, site Internet http://www.sante.gouv.fr).
- En cas d'hospitalisation, les soignants mettent en place des mesures d'isolement septique adaptées durant une phase catarrhale suspecte de rougeole et jusqu'à 5 jours après le début de l'éruption (voir le guide « Isolement septique » de 1998 édité par le ministère en charge de la santé).

MESURES À PRENDRE POUR L'ENTOURAGE FAMILIAL, LES CONTACTS PROCHES, LES CONTACTS EN CRÈCHE ET EN HALTE GARDERIE

Le médecin en charge du malade prend les mesures concernant l'entourage familial. Le MISP de la DDASS est chargé, en liaison avec les médecins des services concernés des mesures concernant les contacts extra familiaux.

Les mesures suivantes sont à mettre en place qu'il s'agisse d'un cas confirmé ou d'un cas clinique non confirmé :

• Recherche d'autres cas par l'interrogatoire

• Recommandations pour la confirmation biologique des cas de rougeole

Les examens biologiques sont inutiles pour les contacts asymptomatiques.

• Identification des sujets contacts

Dans l'entourage familial et contacts extra

familiaux : enfants gardés par la même assistante maternelle, assistante maternelle, enfants et adultes de la même section de crèche ou de halte garderie.

•Vérification du statut vaccinal et vaccination, si nécessaire, des sujets contacts proches, des contacts en crèche et en halte garderie

- Le statut vaccinal doit être documenté sur le carnet de santé ou le carnet de vaccination, sinon, la personne est considérée comme non immunisée, potentiellement réceptive à la rougeole.
- Pour les indications des vaccins, se référer au tableau.

• Immunoglobulines (IG) polyvalentes en post-exposition avec un cas confirmé

Le médecin traitant des sujets contacts, en liaison avec un service hospitalier (pédiatrie ou infectiologie), évalue au cas par cas l'intérêt de l'administration d'immunoglobulines (IG) polyvalentes en post-exposition à un cas confirmé.

Elles peuvent être efficaces si elles sont administrées au cours des 6 jours qui suivent le contage. Leur administration se fait par voie intraveineuse et nécessite une courte hospitalisation.

Les indications recommandées par le CSHPF dans ce contexte sont :

La femme enceinte non vaccinée et sans antécédent de rougeole,
Le sujet immunodéprimé,
Les enfants de moins de 6 mois dont la mère présente une rougeole,
Les enfants âgés de 6 à 11 mois non vaccinés en post-exposition.

Après avoir reçu des IG pour une exposition à la rougeole, une vaccination avec le vaccin trivalent est recommandée aux âges prévus par le calendrier vaccinal. Un délai d'au moins 3 mois après l'administration des IG sera respecté.

↗ MESURES À PRENDRE POUR LES CONTACTS EN COLLECTIVITÉ

Etant donné le nombre de personnes potentiellement concernées et compte tenu de la plus faible valeur prédictive positive du diagnostic clinique, les mesures suivantes ne sont prises que si le cas est confirmé biologiquement.

La DDASS, en lien avec les médecins des services concernés (médecins de l'éducation nationale, médecins du travail, équipes opérationnelles d'hygiène…) :

- s'informe de l'existence d'éventuels autres cas dans la collectivité,
- demande que l'information des personnes ayant fréquenté les mêmes locaux que le malade (ou leurs parents s'il s'agit d'enfants) sur les risques de contracter la rougeole soit effectuée ainsi qu'une mise à jour de leur vaccination (voir tableau).

Dans la mesure du possible, une vérification du statut vaccinal de l'ensemble des personnes ayant fréquenté de manière concomitante les mêmes locaux que le malade (classe, cantine, dortoir, bureau…) est réalisée par les services concernés et la mise à jour de leur vaccination est recommandée.

↗ SITUATIONS SPÉCIFIQUES

• Cas survenant en crèche ou en halte garderie

Lorsqu'un cas (cas clinique ou cas confirmé biologiquement) survient dans une collectivité, d'enfants, le MISP de la DDASS, en collaboration avec les médecins concernés (notamment médecins de crèche, de PMI et médecins traitants des enfants concernés) vérifie auprès des médecins de la collectivité que la mesure d'éviction du malade est appliquée et intervient également, entre autres pour la mise à jour de la politique vaccinale des enfants exposés.

• Cas survenant en établissement scolaire

Les mesures décrites ci-après ne seront prises qu'en cas de confirmation biologique du cas.

La DDASS, en lien avec le service de promotion de la santé en faveur des élèves vérifie auprès des médecins de l'éducation nationale que la mesure d'éviction du malade est appliquée et demande d'informer les familles et les membres du personnel de l'établissement ayant fréquenté les mêmes locaux que le malade des risques de contracter la rougeole et recommande une mise à jour de leur vaccination.

• Cas hospitalisés

La DDASS demande :

➜ l'information de l'équipe opérationnelle d'hygiène de l'établissement cas afin qu'elle mette en place les mesures d'isolement septique adaptées pour le malade (voir le guide« Isolement septique » de 1998 édité par le ministère en charge de la santé) ;

➜ l'information du médecin du travail de l'établissement afin qu'il puisse vérifier le statut des personnels de l'établissement ayant été en contact avec le cas et si nécessaire, effectuer les vaccinations recommandées par le calendrier vaccinal. Le rattrapage vaccinal, s'il est réalisé dans les 72 heures qui suivent le contact avec un cas, peut éviter la survenue de la maladie.

CONDUITE À TENIR AUTOUR DE CAS GROUPÉS

Les recommandations suivantes visent à identifier et décrire des poches de circulation du virus rougeoleux afin de mettre en œuvre des mesures de contrôle adaptées reposant notamment sur la vaccination et interrompre la transmission du virus.

↗ CONFIRMATION DE L'ÉPISODE

Une situation de cas groupés est définie par la survenue de 3 cas ou plus de rougeole (avec ou sans lien épidémiologique) parmi lesquels au moins un cas a été confirmé biologiquement, dans une même zone géographique (commune, arrondissement, département), sur une période de temps limitée (quelques jours voire quelques semaines).

↗ INVESTIGATION

Lorsque la DDASS a identifié une situation de cas groupés, l'investigation doit être mise en place au plus vite.

• Recherche active des cas

Les médecins libéraux (généralistes, pédiatres) et hospitaliers (services d'urgence, pédiatres et infectiologues), les médecins de PMI et de l'éducation nationale, les responsables de laboratoires d'analyses médicales et des laboratoires hospitaliers doivent être contactés afin de signaler à la DDASS tous les cas qui répondent à la définition d'un cas clinique ou à celle d'un cas confirmé. Les mesures préventives autour des cas seront également rappelées.

• Analyse des données

L'analyse doit être faite localement et rapidement pour identifier et décrire les populations à risque et localiser d'éventuelles chaînes de transmission (crèche, école…).

↗ MESURES GÉNÉRALES

L'existence de cas groupés témoigne de la circulation du virus de la rougeole dans une communauté. Les principales mesures de prévention visent à limiter la propagation de la maladie et à éviter qu'un tel épisode ne se reproduise. Ces mesures sont les mêmes que celles décrites autour d'un cas confirmé.

↗ RETOUR D'INFORMATION

Un retour d'information par la DDASS sur la situation épidémique doit être faite aux professionnels de santé de la zone géographique concernée, dans les meilleurs délais.

ADRESSES UTILES :

Institut de veille sanitaire
12, rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice cedex
Tél : 01 41 79 67 00 (standard)
Fax : 01 41 79 67 67

D.D.A.S.S. de SEINE-ST-DENIS (93)
Médecin Inspecteur de santé publique
Téléphone : 01 41 60 70 00
Télécopie : 01 41 60 70 01
Adresse : 8-22, rue du chemin vert
93016 BOBIGNY CEDEX



Exercice professionnel sur plusieurs sites

Circulaire n°2005-049

Mots-clés : exercice professionnel sur plusieurs sites
nouvel article 85 du code de déontologie médicale
(article R.4127-85 du code de la santé publique)

Le Conseil national a adopté une nouvelle rédaction de l'article 85 du code de déontologie médicale permettant d'apporter plus de souplesse dans l'exercice des médecins et un meilleur service aux patients dans les zones souffrant d'un déficit démographique.

Ce texte (article R.4127-85 du code de la santé publique) vient d'être publié au Journal officiel (Décret n° 2005-481 du 17 mai 2005, JO du 18 mai 2005) et est désormais applicable :

Article R.4127-85 : *« Le lieu habituel d'exercice d'un médecin est celui de la résidence professionnelle au titre de laquelle il est inscrit sur le tableau du Conseil départemental, conformément à l'article L. 4112-1 du code de la santé publique.*
Dans l'intérêt de la population, un médecin peut exercer son activité professionnelle sur un ou plusieurs sites distincts de sa résidence professionnelle habituelle :
- lorsqu'il existe dans le secteur géographique considéré une carence ou une insuffisance de l'offre de soins préjudiciable aux besoins des patients ou à la permanence des soins ;
- ou lorsque les investigations et les soins qu'il entreprend nécessitent un environnement adapté, l'utilisation d'équipements particuliers, la mise en oeuvre de techniques spécifiques ou la coordination de différents intervenants.
Le médecin doit prendre toutes dispositions et en justifier pour que soient assurées sur tous ces sites d'exercice la réponse aux urgences, la qualité, la sécurité et la continuité des soins.
La demande d'ouverture d'un lieu d'exercice distinct est adressée au Conseil départemental dans le ressort duquel se situe l'activité envisagée. Elle doit être accompagnée de toutes informations utiles sur les conditions d'exercice. Si celles-ci sont insuffisantes, le Conseil départemental doit demander des précisions complémentaires.
Le Conseil départemental au tableau duquel le médecin est inscrit est informé de la demande lorsque celle-ci concerne un site situé dans un autre département.
Le silence gardé par le Conseil départemental sollicité vaut autorisation implicite à l'expiration d'un délai de trois mois à compter de la date de réception de la demande ou de la réponse au supplément d'information demandé.
L'autorisation est personnelle et incessible. Il peut y être mis fin si les conditions fixées aux alinéas précédents ne sont plus réunies.
Les recours contentieux contre les décisions de refus, de retrait ou d'abrogation d'autorisation ainsi que ceux dirigés contre les décisions explicites ou implicites d'autorisation ne sont recevables qu'à la condition d'avoir été précédés d'un recours administratif devant le Conseil national de l'ordre.

COMMENTAIRES :

La notion de cabinet principal et par voie de conséquence, celle de cabinet secondaire, disparaît. Elle est remplacée par celle du «lieu ou du site d'exercice», terme qui désigne aussi bien la résidence professionnelle visée à l'article L.4112-1 du code de la santé publique, et qui conditionne l'inscription au tableau du Conseil départemental dans le ressort duquel se trouve cette résidence, que les sites sur lesquels le médecin consulte ou intervient par ailleurs et ce, quelle que soit l'importance en temps qu'il y consacre.



Evaluation des pratiques professionnelles

Circulaire n°2005.038

Section Formation et Compétences Médicales

Mots-clés : Décrets concernant les modalités de l'EPP des médecins

Le décret concernant les modalités de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) des médecins prévu par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie a été publié au JO du 15 avril 2005 sous le n° 2005-346.

Le rôle de l'institution ordinale dans cette procédure a été établi.

C'est le Conseil départemental de l'Ordre des médecins qui délivrera, à chaque médecin inscrit au tableau, l'attestation validant l'évaluation de ses pratiques professionnelles.

Dans les régions, une Commission spéciale, placée auprès des Conseils Régionaux de l'Ordre, dont la composition est fixée à l'article D 4133-0-2, valide le respect par les médecins de leurs obligations d'évaluation, reçoit les recommandations qui ont pu être formulées à leur égard par le médecin habilité ou l'organisme agréé (article D 4133-0-3) et est destinataire pour suite à donner des faits ou manquements mettant en jeu la sécurité des patients relevés à l'occasion de l'évaluation.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins, pour sa part, sera sollicité par la Haute Autorité de Santé (HAS) sur les actions de formation à mener à l'égard des médecins habilités (article D 3133-0-5) et participe avec l'ensemble des autres partenaires sous l'égide de la HAS aux réflexions permettant d'améliorer le dispositif.

Les médecins évaluateurs sont habilités par la HAS et figurent sur une liste nationale, publiée après avis du Conseil national de l'Ordre des médecins.

Le dispositif d'évaluation est censé entrer en vigueur le 1er juillet 2005, en application de l'article 3 du décret du 14 avril 2005.

COMMENTAIRES :

Objectif :
L'évaluation vise à améliorer la qualité des soins médicaux et le service rendu aux patients, dans le respect des règles déontologiques.

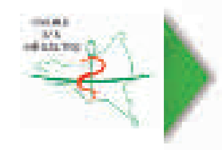
Méthodologie :
La méthode utilisée sera validée par la Haute Autorité de Santé (HAS). Elle repose sur le principe d'une démarche volontaire du médecin et organise l'accompagnement de cette démarche par un médecin habilité, qui aura suivi une formation adaptée.
Elle diffère selon le mode d'exercice du médecin :
- le médecin libéral : l'EPP est organisée par l'Union régionale des médecins libéraux (URML) qui met à disposition du médecin intéressé la liste des médecins habilités.
- le médecin libéral exerçant dans un établissement privé : URML et conférence médicale d'établissement
- le médecin hospitalier : commission médicale d'établissement , la commission médicale ou la conférence médicale
- le médecin salarié : médecin habilité ou organisme agréé par la Haute Autorité de Santé.

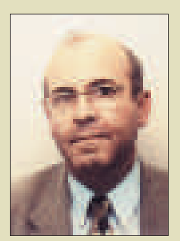
Résultats :
L'accomplissement de la procédure d'EPP donnera lieu à la délivrance d'un certificat qui sera valable 5 ans.
Des recommandations peuvent être proposées à l'issue de chaque évaluation et porter, notamment, sur le suivi d'actions de formation médicale continue.
S'il est constaté au cours de l'évaluation des manquements ou des faits risquant de mettre en jeu la sécurité des patients, des observations sont formulées. Des mesures correctives sont proposées et un suivi assuré.
En cas de rejet par le médecin concerné de ces mesures ou si le suivi fait apparaître la persistance des faits ou manquements de même nature, l'organisme agréé transmet immédiatement un constat circonstancié au Conseil régional de l'Ordre des médecins. Le Conseil régional de l'Ordre sollicite un avis, selon le cas, de l'union régionale des médecins libéraux, de la commission médicale d'établissement, de la commission médicale ou de la conférence médicale concernée.

Sanctions prévues :
Le médecin qui n'aurait pas fait l'état de son évaluation au bout de 5 ans sera mis en demeure de produire des justificatifs. Des sanctions peuvent être prises en cas de manquement qui peuvent aller de l'avertissement jusqu'à l'interdiction d'exercice.

Mise en application :
Pour les médecins actuellement en exercice, dans un délai de 5 ans à compter du 1er juillet 2005
Pour les médecins qui commenceront à exercer au delà du 1er juillet 2005, dans un délai de 5 ans à compter de la date du début de leur activité médicale.

Le texte peut être consulté sur le site du Journal Officiel (www.journal-officiel.gouv.fr)





Dr Patrice Fournier

Médecine d'antan

ALORS que les tout derniers anciens « Poilus » de la guerre 1914-18 disparaissent, nous allons rappeler ce que vécurent les médecins militaires auxquels ils eurent recours lors de cet inimaginable massacre.

Ces confrères ne sont pas sans nous étonner par leur abnégation, leur courage hors du commun (mais avaient ils le choix ?), leur héroïsme, leur patriotisme exacerbé, confinant à la haine verbale de l'adversaire, mais sans jamais oublier leur mission de porter secours à tous les blessés quels qu'ils soient.

Ainsi, le docteur Bérillon publie en 1915 un opuscule sur la « Bromidrose fétide de la race allemande », ouvrage présenté lors d'une séance de l'Académie de Médecine. On y aborde le « problème de l'odeur spécifique attribuée à l'ennemi, de la différence irréductible entre les odeurs corporelles des Français et des Allemands ». La « malignité fondamentale » de l'adversaire s'explique chez celui-ci par des « pratiques de défécation anormalement abondantes, associées à l'exhalaison d'odeurs corporelles, via la sudation dont l'économie d'ensemble était comparable à celle du putois ». L'Allemand est incapable d'éliminer suffisamment par ses urines, il y ajoute la sudation plantaire : « il urine par les pieds ».

Ces propos qui nous paraissent maintenant monstrueux, mais qui apparemment, étaient répandus dans l'opinion française, furent prononcés devant l'Académie, loin du front. On comprend qu'on pourra en retrouver de semblables dans la bouche de combattants en souffrance totale sous les projectiles ennemis. Ainsi le médecin aspirant Laby, sur le front, évoque la consistance des corps ennemis dans les tranchées jonchées de cadavres ; il trouve que le sol est « d'une élasticité remarquable : le Boche fait ressort ».

Ce même Laby, médecin de 22 ans, en cours d'études à l'Ecole du Service de Santé de Lyon, est affecté dans l'infanterie comme médecin de bataillon, c'est-à-dire au front auprès des troupes combattantes. Il sera chargé de 1914 à 1917 des premiers soins et des évacuations, dans des postes de secours généralement soumis aux bombardements juste derrière les premières lignes.

Comme ses collègues du front, il fut jeté d'emblée dans une violence inouïe infligée aux corps sans protection. Tous les médecins n'ont pas supporté ce qu'ils ont vu et subi, lui l'a pu.

Il évoque les éventrations accompagnées d'éviscérations comme pour un de ses amis « le sacrum arraché, les intestins pendants ». Il voit « un soldat qui prend son couteau et achève lui-même de se couper la jambe qui ne tient plus que par des chairs meurtries ». Il se trouve devant un soldat allemand qui, atrocement mutilé, lui tend son porte monnaie pour qu'il veuille bien l'achever.

Un jeune lieutenant est décapité par un projectile à ses côtés (« la tête d'un côté, le corps de l'autre »).

A un autre moment, il note que seule « une boue rouge » demeure du corps de ses brancardiers.

Il voit « des maxillaires enlevés ». Il fait asseoir devant lui un caporal blessé, pour le panser. Celui-ci lui parle très distinctement avec un hémisphère cérébral hors du crâne que le médecin tient avec une compresse dans sa main.

> Le délai pour amener un blessé grave du front à son ambulance était de 10 à 11 heures...

Tout ceci n'est qu'un bref aperçu de son témoignage.

Que faire dans ces conditions de travail atroces ? Ramasser les blessés, les évacuer souvent pendant la nuit, en silence, faire un tri sommaire (un blessé de l'abdomen sera ramassé après les autres car ce type de plaie laisse peu d'espoir ; c'est ainsi que nombre d'entre eux agoniseront des jours et des nuits entre les lignes conscients de leur état, appelant au secours des camarades impuissants).

Un de ces postes médicaux avancés a été bombardé et est devenu un trou dans un entonnoir très vaste dans lequel on est obligé de se laisser glisser sur le dos et où on ne peut panser les blessés couchés. On est obligé d'aller les soigner à découvert sous le feu en attendant la nuit pour les évacuer.

Il lui arrive de ne pas dormir pendant quatre jours, de porter son linge sale sur lui pendant 25 jours. Il va compter jusqu'à 105 poux sur un de ses soldats. Parfois il examine et panse de nuit, à l'aveugle, sans éclairage pour ne pas être repérés, avec des mains pleines de boue et de sang. Son travail consiste surtout à poser des pansements compressifs sur les hémorragies, mais nullement de traiter réellement les blessures atroces ; pour arrêter une hémorragie de la sous-clavière, il entoure deux biscuits de guerre de compresses et en bourre la plaie. Le blessé ne mourra « que » deux jours plus tard. On comprend pourquoi tant de pertes ont été dues moins à la blessure qu'à la lenteur des soins, des évacuations et à l'infection. On estime que le 1er Juillet 1916, premier jour de l'attaque alliée sur la Somme, jour le plus meurtrier de la guerre (plus de 20 000 morts en une seule journée), un tiers aurait pu être sauvé s'ils avaient été pris en charge à temps.

Enfin, en 1917, Laby est affecté à une « auto chirurgicale », hôpital militaire mobile de campagne, comme le docteur A. Martin, son aîné.

Le docteur A.Martin, 47 ans en 1914, chirurgien à l'hôpital de Rouen avant la guerre, dirige une ambulance, c'est-à-dire un hôpital militaire de campagne fixe, en arrière du front le plus souvent protégé des bombardements. Il aura pour assistant le docteur Georges Duhamel, chirurgien lui aussi, plus connu comme grand écrivain.

Ses fonctions consistent à opérer des blessés que l'on a pu évacuer vers son service, mais trop gravement touchés pour être transportés vers les hôpitaux de l'arrière. Il doit apprécier rapidement, uniquement cliniquement, la possibilité de sauver un blessé en l'opérant. Il dispose cependant d'un laboratoire de bactériologie. Il estime qu'un chirurgien vigoureux ne peut faire plus de 20 à 25 opérations graves en 24 heures. Un de ses collègues a dû en pratiquer 35 dans le même temps, lors des combats de Verdun. On rappelle que le Baron Larrey, chirurgien de la Grande Armée de Napoléon, désarticulait une cuisse en 22 secondes, sutures vasculaires comprises.

Le délai pour amener un blessé grave du front à son ambulance était de 10 à 11 heures (évacuations gênées par les tirs le jour, marche difficile dans les tranchées étroites, remplies d'obstacles, au sol souvent boueux).

Ses interventions consistent en : crâniectomies, amputations de membres, ligatures artérielles, énucléations d'yeux, laparotomies (les blessés de l'abdomen arrivent lors de Verdun en moyenne 11 heures 50 après les blessures, peu survivent).

Les anesthésies avaient lieu à l'éther ou au chloroforme, faciles à faire, mais avec de nombreuses complications cardiaques.

La première cause de mortalité était l'hémorragie. Le docteur Lostalleau, en 1914,

1914-1918
France : 1 400 000 morts, 900 morts par jour de guerre en moyenne
Allemagne : 1 800 000 morts, 1 300 morts par jour de guerre en moyenne
Pour l'armée française : 3 594 000 blessures, pour 2 800 000 blessés.
Ce qui signifie que la moitié des soldats ont été blessés deux fois et que 100 000 d'entre eux l'ont été trois à quatre fois ou plus.
(L'écrivain allemand Ernst Junger, ancien combattant, l'avait été 11 fois et est mort à un âge très avancé).

pratique la première transfusion sanguine de bras à bras. Heureux hasard, le donneur et le receveur étaient compatibles. Puis se posa le problème de la conservation du sang qui fut résolu en 1917 par l'utilisation du citrate de soude.

On a qualifié la Grande Guerre de première guerre moderne. Qu'en fût il réellement en ce qui concerne la médecine de guerre ? Ceci est une autre histoire.

Docteur Patrice Fournier,
Conseiller Ordinal

POUR EN SAVOIR PLUS :

« 14-18 Retrouver la guerre » AUDOIN-ROUZEAU Stéphane et BECKER Annette. Gallimard. 2000

« Souvenirs d'un chirurgien de la Grande Guerre ». MARTIN Albert. Bertout. 1996

Les Carnets de l'Aspirant Laby, médecin dans les tranchées. Bayard. 2001

« Médecins à Dien Bien Phu ». ACCOCE Pierre. Presses de la Cité. 1992

« Civilisations ». DUHAMEL Georges. Mercure de France. 1993

« La pesée des âmes ». DUHAMEL Georges. Mercure de France. 1949

« Vie des martyrs ». DUHAMEL Georges. Omnibus. 2005

« Ceux de 14 ». GENEVOIX Maurice. Omnibus. 1993

« Le feu ». BARBUSSE Henri. Livre de Poche.

« Orages d'acier ». JUNGER Ernst. Livre de Poche.

*Nous avons conçu ce questionnaire afin de connaître votre opinion concernant notre **« Bulletin du Conseil de l'Ordre »** et vos attentes afin de l'adapter à votre demande. **Nous vous remercions de votre participation.***

- **Âge** |_____|
- **Sexe : M** ☐ **F** ☐
- **Mode d'exercice :**
  - **Médecine générale** ☐
  - **Spécialiste** ☐
  - **Hospitalier** ☐
  - **Salarié** ☐
  - **Libéral** ☐

1. Êtes-vous globalement satisfait de ce bulletin ?

☐ Très satisfait
☐ Assez satisfait
☐ Moyennement satisfait
☐ Plutôt insatisfait
☐ Très insatisfait.

2. Combien de temps passez-vous à lire le bulletin ?

☐ Moins d'une minute
☐ 5 minutes
☐ 10 minutes
☐ Plus de 10 minutes.

3. Ci-dessous figure une liste énumérant d'éventuels sujets d'articles.

Pour répondre, choisissez l'une des propositions suivantes en cochant l'index qui vous convient le mieux.
① : Tout à fait d'accord ; ② : Plutôt d'accord ; ③ : Sans opinion ;
④ : Plutôt pas d'accord ; ⑤ : Absolument pas d'accord

• Il faut davantage d'articles de fond	①	②	③	④	⑤
• Il faut davantage d'articles juridiques	①	②	③	④	⑤
• Il faut davantage d'interviews	①	②	③	④	⑤
• Il faut davantage d'articles de Santé Publique	①	②	③	④	⑤
• Il faut davantage d'articles sur les nouvelles recommandations pour une pathologie "x"	①	②	③	④	⑤
• Il faut davantage d'illustrations	①	②	③	④	⑤

4. Comment jugez-vous la qualité de ces différents points ?

	Excellente	**Bonne**	**Moyenne**	**A améliorer**
• La couverture	☐	☐	☐	☐
• Les photos, les illustrations	☐	☐	☐	☐
• La mise en page	☐	☐	☐	☐

5. Le bulletin du Conseil de l'Ordre comporte 22 pages, trouvez-vous que cela soit :

☐ Correct ? ☐ Insuffisant ?

➜ *Si vous répondez insuffisant, pourquoi ?*

. . . .
. . . .
. . . .
. . . .

6. La périodicité du bulletin vous paraît-elle satisfaisante ? ☐ oui ☐ non

7. Si vous êtes globalement satisfait(e) de ce bulletin, quels en sont les points positifs ?

. . . .
. . . .
. . . .
. . . .

8. Si vous notez des insuffisances, vos remarques nous intéressent, quelles sont-elles ?

. . . .
. . . .
. . . .
. . . .

Merci de bien vouloir adresser ce questionnaire à l'adresse suivante :
Conseil de l'Ordre des Médecins de la Seine Saint Denis
2, rue Adèle
93250 VILLEMOMBLE

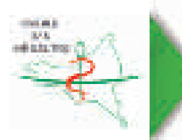


TABLEAU DÉPARTEMENTAL

INSCRIPTIONS - Séance du 31 Mars 2005

Docteurs

BENACERRAF-GALIBERN SOPHIE	10278	MAQUARRE ELIANE	10289
BREDOUX HELENE	10279	MARIEL DAVID	10290
CAUCAT BENEDICTE	10280	MINZ MARIE	10291
COHEN ALBERT	10281	MOURAH ZINE EDDINE	10292
DEBBAH NASSERA	10282	NASR GLORIA	10293
DEBIEN OLIVIER	10283	PANCHERI SYLVIE	10294
DES GUETZ GAETAN	10284	PRADIN VERONIQUE	10295
FERRY CHRISTIANE	10285	QUINTANEIRO SYLVIE	10296
HENRY CAROLE	10286	RIBEAUCOUP LUC	10297
KRAMEISEN HERVE	10287	SAIFI SAMIRA	10298
LORMEAU CHRISTIAN	10288	TISON-PIRAUX CHRISTINE	10299

INSCRIPTIONS - Séance du 21 Avril 2005

Docteurs

ABAD SEBASTIEN	10300	KACI-LOUNIS MALIKA	10309
AUBAC OURIDA	10301	LEOPOLD CATHERINE	10310
BOUBLIL PAUL	10302	OROUDJI BIJANE	10311
BOUCHEREAU FRANCOIS	10303	PERCOT-PEDRONO MAGALI	10312
CLER-COLLOMBET FRANCOISE	10304	PESSIONE FABIENNE	10313
DELCOMINETTE CAROLE	10305	POULAIN ELISABETH	10314
GRIMALDI RAFFAELE	10306	REBECCHI SIMONA	10315
HUE-SALMON ANNE-MARIE	10307	ROUABEHI HOUSSINE	10316
IOOS VINCENT	10308	SCHAUER FLORENCE	10317

INSCRIPTIONS - Séance du 26 Mai 2005

Docteurs

AUPECLE BERTRAND	10318	LOUISON JEAN BAPTISTE	10330
BELLAL NASSIMA	10319	MAHAUT JEAN-MICHEL	10331
BENKHATAR FATIMA	10320	MANAOUIL OMA	10332
BENSAID DOMINIQUE	10321	NOBLET SYLVIE	10333
BUI TRONG	10322	NUNES PATRICK	10334
DRAIN ELISE	10323	PAZIAUD OLIVIER	10335
EL ABED SALAH	10324	ROUSSOT JEAN CLAUDE	10336
EUDES MARIE-LAURE	10325	SCHEUBLE ALIOCHA	10337
EYCHENNE CATHERINE	10 326	SERGENT AGNES	10338
GOUZIEN GERARD	10327	SITBON KATIA	10339
LAVERSIN SABINE	10328	SY OUMAR	10340
LEBORGNE PHILIPPE	10329	TISSIER MARIE-HELENE	10341

INSCRIPTIONS - Séance du 30 Juin 2005

Docteurs

AMMELOOT JEAN-MARC	10342	EL BRAKS ROLAND	10349
AOUCHICHE ELODIE	10343	GRUNEMWALD THOMAS	10350
BELORGEY-GRAIN ANNE	10344	HAMOUI AHMED	10351
BILLOT NICOLAS	10345	MOREAU CORINNE	10352
DOUAY CELINE	10346	OPPER OLIVIER	10353
DULMAN JEAN-LAURENT	10347	POURREYRON DAMIEN	10354
DUPUPET JEAN-LUC	10348	STERDYNIAK JEAN-MICHEL	10355

QUALIFICATIONS - Séance du 31 Mars 2005

Docteurs

BOUCHAUD OLIVIER	9935	MEDECINE EXOTIQUE
HENRY CAROLE	10286	NEUROLOGIE
KHELIL NACIRA	9804	MEDECINE EXOTIQUE
KRAMEISEN HERVE	10287	OPHTALMOLOGIE
REZZINE ZOUBIDA	8900	PEDIATRIE
VLAD AMALIA-IRINA	10014	MALADIES DU SANG

QUALIFICATIONS - Séance du 21 Avril 2005

Docteur

REBECCHI SIMONA	10315	PEDIATRIE

QUALIFICATIONS - Séance du 26 Mai 2005

Docteurs

CHOUAHNIA ABDEL	9794	ONCOLOGIE MEDICALE
DRAIN ELISE	10323	PSYCHIATRIE
GOUZIEN GERARD	10327	STOMATOLOGIE
TCHANDJOU NGOKO	7612	OPHTALMOLOGIE

QUALIFICATIONS - Séance du 30 Juin 2005

Docteurs

BAUWENS MARIE-CHRISTINE	8542	SANTE PUBLIQUE ET MEDECINE SOCIALE
BILLOT NICOLAS	10345	CHIRURGIE GENERALE
CLEC'H CHRISTOPHE	9347	REANIMATION MEDICALE
DULMAN JEAN-LAURENT	10347	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
ELBAZE ROBERT	3624	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
EZZEDINE PIERRE	9247	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
POURREYRON DAMIEN	10354	CHIRURGIE GENERALE

MEDECINS
ayant demandé leur transfert ou mutation

MANAOU DANIELLE	9912	Hauts de Seine	25/02/05
DURIEUX-THUIN M.J.	3180	Paris	25/02/05
BOUILLAGUET Sophie	9343	Val de Marne	23/02/05
GUIGNON Valérie	8509	Essonne	23/02/05
LEGROUX Eric	3211	Val d'Oise	28/02/05
LEGER Bruno	9660	Gironde	28/02/05
GRIFFATON WALLON	10179	Etranger	28/02/05
HINTZY Marie-Céline	10083	Paris	28/02/05
GEDOUX MAURY Marie Pierre	5706	Hauts de Seine	28/02/05
VERDIER Carine	10138	Val d'Oise	01/03/05
VARGUES Gérard	9674	Seine et Marne	07/03/05
COHEN JUDITH	8774	Hauts de Seine	09/03/05
DELETTRE Marie-Dominique	3531	Paris	09/03/05
GARRIGUE Jean Luc	7348	Hauts de Seine	10/03/05
THOYER Xavier	2137	Paris	10/03/05
ABRIKA-HADDA Marianne	8642	Oise	14/03/05
CHOUCHAN Walid	10063	Paris	15/03/05
LAVIN Lionel	5610	Val d'Oise	15/03/05
MILLET Pascale	8374	Côte d'Armor	15/03/05
POITTEVIN Xavier	9922	Paris	24/03/05
DIB Elias	9490	Val d'Oise	24/03/05
MOKHTARI-DEFER Chérifa	9105	Val d'Oise	01/04/05
SAIVE-FREY Nathalie	9352	Hauts de Seine	04/04/05
MEMAIN Nathalie	9031	Val de Marne	04/04/05
LAMBERT Pierre	511	Hauts de Seine	04/04/05
TRINQUART-JACOBS Judith	9508	Val d'Oise	08/04/05
MERLE Françoise	8923	Paris	13/04/05
TIMSIT Gérard	3451	Val de Marne	13/04/05
LITINETSKAIA Marina	9071	Paris	19/04/05
RESS Natacha	9870	Morbihan	26/04/05
DESPLANQUES Laurence	9021	Paris	26/04/05
UZZAN Philippe	9322	Hauts de Seine	26/04/05
DAMMANN Monique	5994	Paris	03/05/05
SCHIMEK Francois	9810	Aisne	03/05/05
KAZEMI Farhad	9497	Loir et Cher	04/05/05
BRIGAUD Thierry	8186	Pas de Calais	09/05/05
THIEBAUT Jean François	4453	Val de Marne	17/05/05
LOCQUET Jean-Paul	2585	Seine et Marne	17/05/05
HERAIL Joëlle	2937	Paris	17/05/05
BUREAU Michel	2163	Val de Marne	17/05/05
BICHET Frédéric	10164	Val de Marne	23/05/05
LAURENT Silvana	8420	Essonne	23/05/05
MARCHAT Christine	10219	Paris	23/05/05
HERBELIN Catherine	9541	Hauts de Seine	23/05/05
GUILLOT Marie	9561	Val d'Oise	23/05/05
BOISGUERIN Louis	783	CN	26/05/05
DE LA PORTE Christian	9376	Tarn	26/05/05
TESSIER Marjorie	10194	Moselle	25/05/05
BASSILIOS Nader	10024	Paris	02/06/05
TABO Sandrine	8486	Paris	13/06/05
SITRUK Thierry	7635	Essone	13/06/05
IRRMANN-RAVEYR Florence	10047	Yvelines	13/06/05
DIDIER Berengère	9379	Tarn	17/06/05
CHAROUSSET Christophe	9203	Paris	17/06/05
EAR Albert	9396	Paris	27/06/05



TABLEAU DÉPARTEMENTAL

MEDECINS
Changements d'adresse

DR AMAR URI	30 Av de la Résistance 93100 MONTREUIL
DR BAUX FREDERIC	4 Avenue du Raincy 93250 VILLEMOMBLE
DR BISMUTH MARTINE	Laboratoire ZERAH-TAAR-PFEFFER 7 Rue Raymond Lefevbre 93170 BAGNOLET
DR DELAGE YVES	23 Av Jean Jacques Rousseau 93190 LIVRY GARGAN
DR IBNZAKOUR NOUREDDINE	SARL NOUVELLE LES PRESLES 35 Rue d'Amiens 93240 STAINS
DR KRID SORAYA	19 Av des Beaudottes 93270 SEVRAN
DR OULMEKKI MOHAMED	SEL OULMEKKI 18 Rue Danton 93700 DRANCY
DR RICHARD JEAN CHARLES	10 Avenue d'Alembert 93190 LIVRY GARGAN
DR SCHEBAT CLAUDE	14 Rue Lucien Sportiss 93270 SEVRAN
DR STCHEPINSKY PHILIPPE	Clinique Vauban 135 Avenue Vauban 93190 LIVRY GARGAN
DR RAHMOUN NOUR-EDDINE	1 Rue de Béthune 93800 EPINAY SUR SEINE
DR BABOU FADILA	Hôpital Intercommunal 10 Rue du Général Leclerc 93370 MONTFERMEIL
DR GRANIER EMMANUELLE	Ctre Hospitalier de St Denis 2 Rue du Docteur Delafontaine 93200 SAINT DENIS
DR JANEAULT-FOUBERT ESTELLE	22 Avenue Hector Berlioz 93270 SEVRAN
DR MICHEL CELINE	27 Allée du Jardin Anglais et de Finchley 93340 LE RAINCY
DR NICOLAS SERGE	10 Avenue du Général Leclerc 93370 MONTFERMEIL
DR PHILIPPE ALAIN	75 Avenue Gambetta 93190 LIVRY GARGAN
DR ZAIER KHALED	Clinique CCN - Porte de Paris - 10 Bd Anatole France 93200 SAINT DENIS
DR DENNINGER PATRICK	Clinique d'Aulnay 11 Av de la République 93600 AULNAY S/BOIS
DR SAADA DAVID	55 Av du Maréchal Leclerc 93190 LIVRY GARGAN
DR MULUALA SYLVAIN	10 B Av de la République - Appt 24 93800 EPINAY SUR SEINE
DR ATTAR-CHICHE CORINNE	Clinique du Pré St Gervais - 10 rue Simonot 93310 LE PRE ST GERVAIS
DR CUNY ANNE-CATHERINE	Clinique du Pré St Gervais - 10 rue Simonot 93310 LE PRE ST GERVAIS
DR LAM-TRINH ISABELLE	101 Rue de Meaux 93410 VAUJOURS
DR SFEDJ DENIS	Clinique de l'Estrée 35 Rue d'Amiens 93240 STAINS
DR TAYEBJEE ONE-ALY	SEL CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE DU BLANC MESNIL 7 Avenue Henri Barbusse 93150 LE BLANC MESNIL

MEDECINS Retraités au 1er avril 2005

DR ACHARD FRANÇOIS
DR BAGARRY PHILIPPE
DR TRAN-CONG PHAT

MEDECINS Décédés

DR TAVERGNIER DOMINIQUE	1/03/05
DR CARIDROIT PIERRE	12/03/05
DR PETIT BERNARD	20/03/05
DR SEGAULT JEAN-MICHEL	13/04/05
DR LEPETIT CATHERINE	27/04/05
DR PONTHIEU JACQUES	27/05/05
DR HERBIERE ALEXANDRE	14/06/05
DR CLAUDE NINA	18/06/05
DR ALADENISE JACQUES	30/07/05



DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :

Le Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Seine Saint Denis
Docteur **Edgard FELLOUS**

DIRECTEUR DE LA RÉDACTION :

Docteur **Jacques PIQUET**

RÉGIE PUBLICITAIRE :

Impressions Digitales

Tél. : 01 49 88 45 70 - Fax : 01 49 88 45 80

CONCEPTION RÉALISATION IMPRESSION :

Impressions Digitales

216, rue de Rosny - 93100 MONTREUIL

Tél. : 01 49 88 45 70 - Fax : 01 49 88 45 80